

# EVALUACIÓN GERIÁTRICA MULTIDIMENSIONAL DEL ANCIANO EN CUIDADOS PALIATIVOS

José Mauricio Ocampo Ch.\*

## RESUMEN

El avance en el cuidado de la salud y los cambios demográficos y epidemiológicos presentes en el plano mundial, han llevado a que se produzca un envejecimiento progresivo de la población, con las implicaciones en el campo social y económico, en los sistemas de educación y salud y en la seguridad social. Como resultado de lo anterior, va a ser mucho más frecuente encontrar ancianos que consulten por patologías crónicas discapacitantes en estadios avanzados. Debido a la complejidad de este tipo de pacientes, se requiere de la implementación de una estrategia de intervención que permita valorar los aspectos médicos, psicológicos, sociales, funcionales y contextuales, de tal manera que se pueda realizar un diagnóstico adecuado, y el manejo y seguimiento en el tiempo integral de estas personas. Lo anterior se logra mediante la evaluación geriátrica multidimensional, a través de un trabajo efectuado en equipo interdisciplinario.

**PALABRAS CLAVE:** anciano, cuidado paliativo, evaluación geriátrica multidimensional.

## ABSTRACT

*Advances seen in health care, and the demographic and epidemiological changes occurring worldwide, have led to a gradual aging of the planet's population with the logical social and economic implications in the fields of education and health systems, and on social security. As a result of the above, it will be much more frequent to find old people going to consultation for disabling chronic pathologies in already advanced stages. Due to the complexity of this type of patients, the implementation of an intervention strategy is required, in order to allow the evaluation of those medical, psychological, social, functional and contextual aspects leading to proper diagnosis, treatment and follow-up over the integral time of these individuals. The above is achieved by comprehensive ("multidimensional") geriatric assessment performed through interdisciplinary teamwork.*

**KEY WORDS:** *Elderly, palliative care, comprehensive (or multidimensional) geriatric assessment.*

---

\* Médico especialista en Medicina Familiar. Residente de Geriátrica Clínica, Programa de Investigaciones en Gerontología y Geriátrica, Universidad de Caldas, Manizales, Caldas, Colombia.  
E-mail: jmocampo2000@yahoo.com.ar

## INTRODUCCIÓN

El aumento considerable de ancianos en las últimas décadas en el mundo no tiene precedentes. En efecto, cada vez es mayor la proporción de personas mayores en la estructura poblacional de los países, tendencia que, aunque más evidente en los países industrializados, ya tiene significativa presencia en Latinoamérica (1).

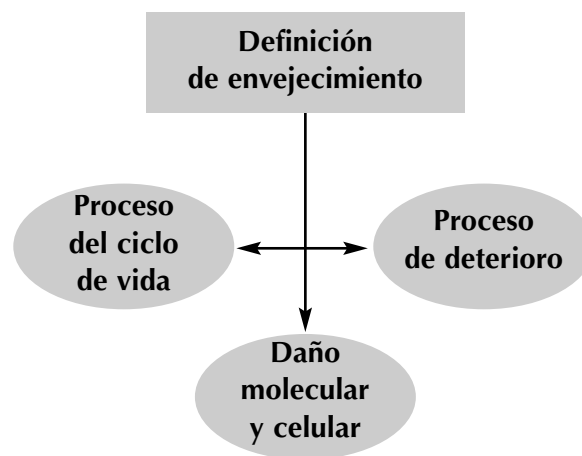
FECHA DE RECEPCIÓN: 29-11-2005  
FECHA DE ACEPTACIÓN: 12-12-2005

Colombia, con más de 40 millones de habitantes, vive un rápido proceso de cambio demográfico. El acelerado crecimiento de su población a mediados del siglo XX se caracterizó por un vertiginoso incremento de la población mayor de 60 años, la cual pasó de 600.000 personas en 1950 a tres millones en el 2001, y será de 15 millones y medio en el año 2050 (2). Estos cambios tienen incidencia en la organización social, en los valores y en las normas de comportamiento individual y de la familia, que ha pasado de ser de tipo extenso a nuclear y monoparental. Además, tienen implicaciones en el campo socioeconómico y en los sistemas de educación y seguridad social. Esta profunda modificación impacta las tendencias en salud y se traduce, en especial, en el aumento de patologías crónicas discapacitantes como falla cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus y cáncer, que requieren mayor atención pensando en el desarrollo futuro del país (3).

## DEFINICIONES

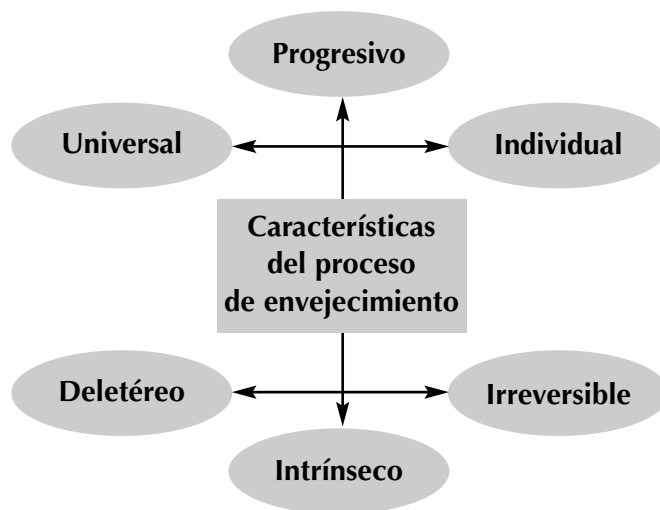
El envejecimiento es un proceso normal que atraviesa el ser humano a lo largo de su ciclo vital, desde la concepción hasta la muerte. Esto modifica el antiguo concepto según el cual las personas iniciaban su proceso de envejecimiento a partir de una edad determinada, por ejemplo, a los 60 ó 70 años.

La vejez representa el ciclo final del proceso de envejecimiento. De tal manera que las condiciones en esta etapa dependen del desempeño, los logros y las frustraciones de los períodos precedentes, como lo describe Erick Erikson en su teoría del desarrollo psicosocial del individuo. En *Las ocho edades del hombre* dice que al anciano le corresponde la última etapa-crisis, que hace referencia a la integridad en contraposición a la desesperanza (4).



**Figura 1.** Definición de envejecimiento.

A su vez, el envejecimiento puede definirse desde tres puntos de vista. Sus bien definidas características se muestran en las figuras 1 y 2 (5).



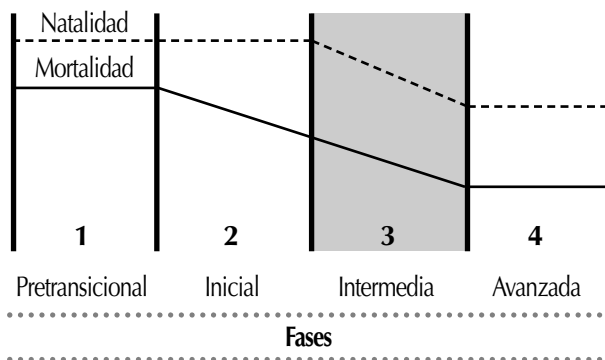
**Figura 2.** Características del proceso de envejecimiento.

En 1980, las Naciones Unidas fijaron los 60 y los 65 años como edades de transición al grupo de ancianos en los países en desarrollo y en los desarrollados, respectivamente. Al tiempo que aumenta la esperanza de vida y son más numerosas las cohortes de ancianos de mayor edad, se empiezan a perfilar subgrupos más definidos en la población de ancianos, los cuales son importantes debido no solo a sus características fisiológicas, sino también a las mentales y sociales, como se observa en la tabla 1 (5).

**DEMOGRAFÍA**

En la actualidad, Colombia vive la típica transición demográfica que se presenta en el mundo y en la cual la estructura por edades de la población cambia, con aumento del número de los grupos de mayor edad (ver figura 3).

Este fenómeno es el resultado de la disminución de la mortalidad y la natalidad, gracias a los avances tecnológicos y científicos en diversas áreas, principalmente en la medicina, así como al diseño y efectividad de la política pública. Dichas modificaciones estructurales



**Figura 3.** Transición demográfica.

afectan la organización de la sociedad y repercuten sobre los valores y normas de comportamiento individual, de la familia y de los colectivos. Su efecto se extiende al campo socioeconómico, con implicaciones en las estructuras familiares y en los sistemas de educación, salud y seguridad social. En la figura 4 se pueden observar las consecuencias de los diferentes cambios demográficos.

De la mano de la transición demográfica viene la transición epidemiológica, definida como la disminución de las patologías infecciosas y el surgimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles como resultado del envejecimiento de la población. En la figura 5 se muestra la transición de la salud, producto de la relación entre la transición demográfica y la epidemiológica (5).

Al mismo tiempo, la transición de la salud ha generado cambios en la frecuencia de la morbilidad y mortalidad de las personas ancianas, ya que son las enfermedades crónicas discapacitantes las más prevalentes. Entre

**Tabla 1.** Clasificación de los ancianos por grupos de edad

Grupo	Edad
Ancianos jóvenes	Menores de 74 años
Ancianos adultos	Entre 75 y 84 años
Muy viejos (Old-Old)	Entre 85 y 99 años
Centenarios	Entre 100 y 105 años
Supracentenarios	Mayores de 105 años



**Figura 4.** Consecuencias de los cambios demográficos.

estas se destacan las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, el ataque cerebrovascular, la diabetes mellitus y el cáncer (ver tabla 2).

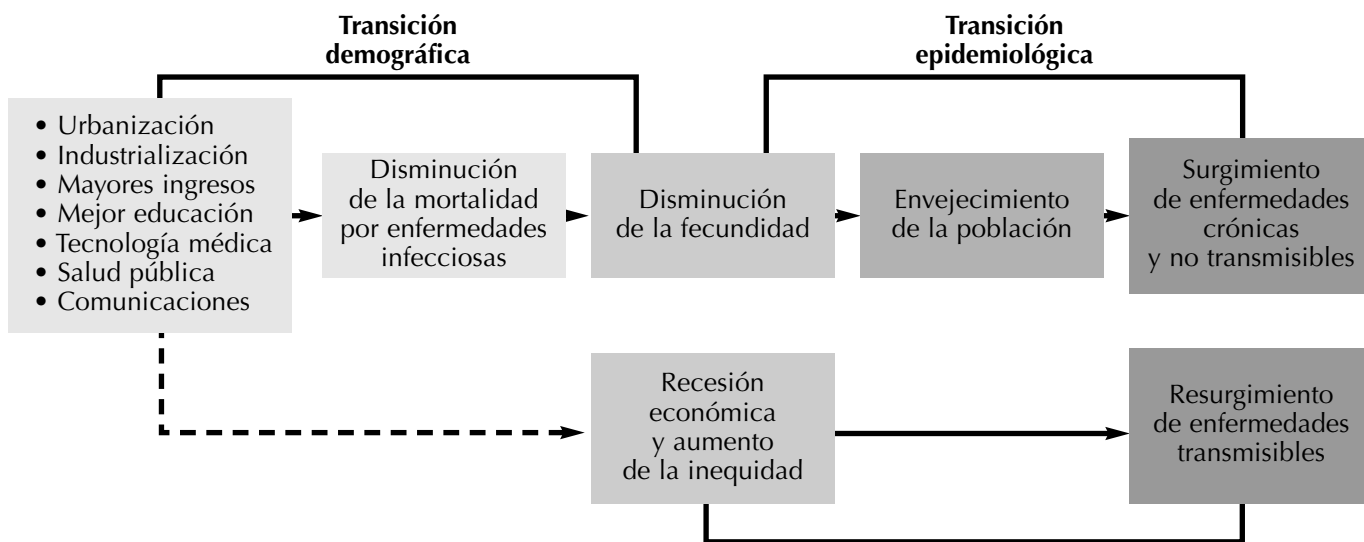
**Tabla 2. Principales enfermedades crónicas que afectan a los ancianos en el mundo**

- Enfermedades cardiovasculares
- Hipertensión arterial
- Accidente cerebrovascular
- Diabetes mellitus
- Cáncer
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Enfermedades músculo-esqueléticas
- Enfermedades mentales (demencia y depresión)
- Alteraciones visuales

**Fuente:** Organización Mundial de la Salud, 1998.

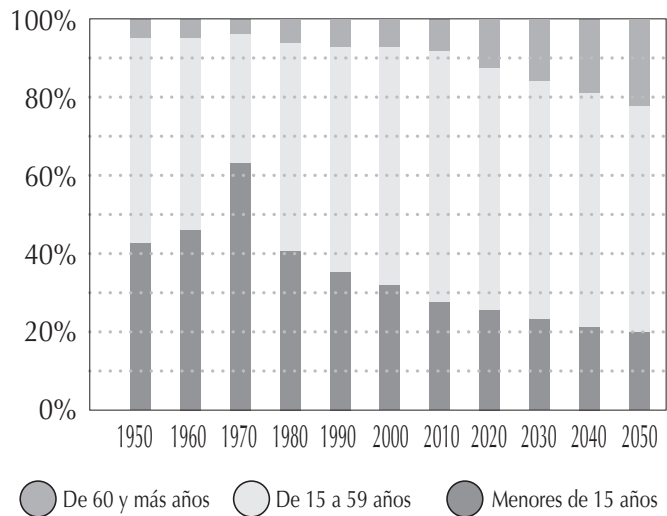
La población colombiana ha registrado cambios importantes en los últimos 50 años y se espera que estos continúen. En la década de los 50 del siglo pasado, el grupo de personas mayores de 60 años representaba el 5% de la población, mientras que en el año 2000 constituía el 7%. Este porcentaje aumentaría a 22% en cincuenta años (2050). Por otra parte, las personas entre 15 y 59 años que en el año 2000 participaban con el 60% de la población, constituirán el 58% del total en el año 2050. Estas variaciones, resultado del proceso de envejecimiento, se observan en la figura 6 (2).

La expectativa de vida de la población ha aumentado, debido a políticas sociales tales como el aumento del nivel educativo, especialmente de la mujer, los mejores niveles nutricionales, el control efectivo de enfermedades y los avances en la planificación familiar; todo lo cual se ha reflejado en las tendencias descendentes de las tasas de



**Figura 5.** Transición de la salud

**Figura 6.** Colombia: Población por Grandes Grupos de Edad (en miles) 1950 - 2050



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 1998.

mortalidad y natalidad, que se manifiestan en un menor ritmo del aumento de la población total, pero en un mayor crecimiento de la población anciana (los mayores de 60 años), en especial en el grupo de los muy viejos.

En consecuencia, estos procesos han contribuido a que la población esté en condiciones de vivir más tiempo. La esperanza de vida al nacer pasó de 61 años al inicio de los 70, a 70 años a finales de los 90 y es posible que aumente a 74 años en el 2015. En el 2000, la esperanza de vida en el momento de pensionarse (60 años de edad), está alrededor de 21 años para las mujeres y de 18 años para los hombres.

Por otra parte, es necesario considerar las diferencias de género en términos demográficos y de envejecimiento, debido a que las mujeres son más longevas que los hombres, lo cual hace que desarrollen con mayor

probabilidad una patología crónica discapacitante y, por ende, un mayor grado de deterioro en la funcionalidad. En Colombia, las mujeres tienen seis años más de esperanza de vida que los hombres y representan el 53% de la población mayor de 60 años. La mayor esperanza de vida de la mujer contrasta con sus condiciones precarias de subsistencia, sus múltiples roles y obligaciones, entre ellos, los de cuidadora de generaciones jóvenes y viejas de la familia. Roles por los que generalmente no percibe remuneración y a los que se agrega, por lo común, la ausencia de seguridad social (3).

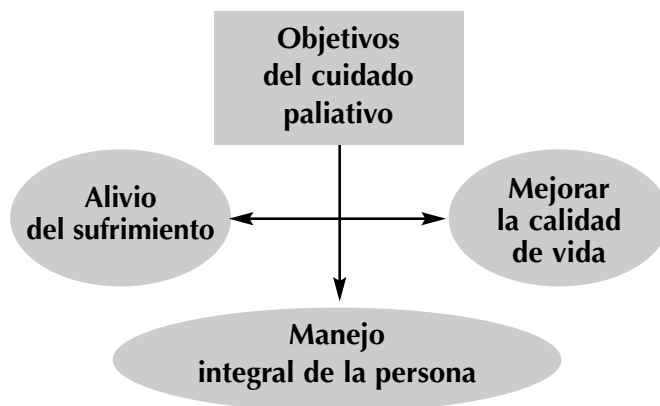
### CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ANCIANO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el *cuidado paliativo* como el cuidado activo y total de personas en quienes su enfermedad no es tributaria ni responde a un tratamiento curativo. Además, el objetivo del manejo no es solo el control del dolor y otros síntomas, sino también la intervención de otros factores, como los psicológicos, sociales y espirituales. La atención de estas personas la prestan cuidadores informales (familia, amigos o vecinos) y los servicios de cuidado formal, que son brindados por profesionales de la salud y los servicios sanitarios y sociales. Estos tienen el objetivo de garantizar a las personas que no sean capaces de valerse por sí mismas una vida con la mayor calidad posible, según sus preferencias personales, es decir, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, logros personales y dignidad humana (6).

El cuidado paliativo es uno de los modelos de atención que se brinda a pacientes con enfermedades terminales que se encuentran próximos al final de su vida. La curación de la enfermedad no es el principal objetivo

de la atención, sino el manejo integral de la persona, el alivio del dolor y los síntomas y una mejoría de su calidad de vida (7). En la figura 7 se muestran los objetivos del cuidado paliativo.

Antes de la integración de los servicios de cuidado paliativo al sistema de salud, el objetivo de la atención había sido la curación de la enfermedad por medios agresivos y costosos, sin tener en cuenta la opinión del paciente y de sus familiares o cuidadores, que sienten insatisfacción por la forma en que los médicos manejan a los pacientes que tienen enfermedades en estadios avanzados. A su vez, a los médicos rara vez se les presenta la oportunidad de tener un entrenamiento en cuidado paliativo y en el manejo del dolor; de ahí que, en la mayoría de los casos, se enfoquen más en el diagnóstico y tratamiento de la causa principal de la enfermedad (8). Esta idea de intentar a toda costa una cura contrasta con el cuidado que se les ha proporcionado a los pacientes a lo largo de la historia de la medicina. Antes, el objetivo

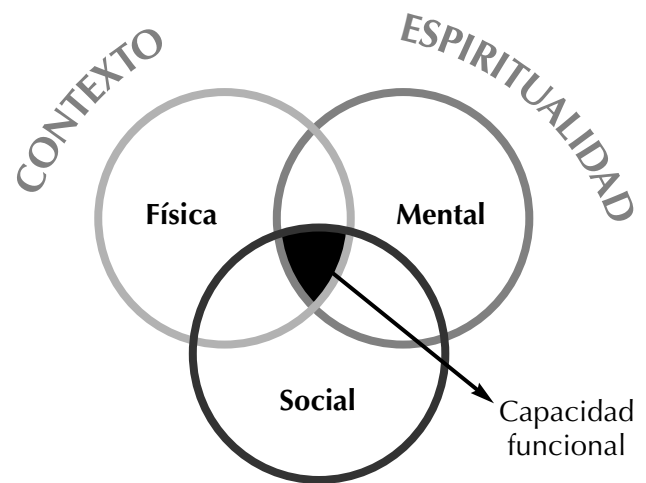


**Figura 7.** Objetivos del cuidado paliativo

del médico era mantener al paciente confortable mientras se esperaba el desenlace de la enfermedad. En el siglo veintiuno, esta postura se ha enfocado a obtener el diagnóstico y curación de la enfermedad, razón por la cual muchos médicos se sienten incómodos al ofrecer cuidado al paciente moribundo. De este modo, la idea de no poder hacer una intervención curativa es difícil de aceptar para muchos profesionales de la salud. Como resultado de lo anterior, la medicina occidental ha transformado el proceso de la muerte de ser un evento personal y natural a uno donde las personas están debilitadas y sufriendo por un largo tiempo en hospitales de alta tecnología, sin la compañía de sus familiares ni amigos, hasta la hora de su muerte. Por consiguiente, ha cambiado el lugar donde mueren los pacientes ancianos que tienen enfermedades en estadio final. Se calcula que el 50% mueren en el hospital, el 25%, en un hogar de ancianos u hospicio y el 25% restante, en su hogar (9).

### EVALUACIÓN GERIÁTRICA MULTIDIMENSIONAL

Los médicos especialistas en cuidado paliativo tienen un entrenamiento no solo en el control del dolor y de los síntomas, sino también en otros factores que son de importancia para el manejo de estos pacientes, como los mentales, sociales y espirituales. Esta es una de las características de la evaluación geriátrica, es decir, su multidimensionalidad, la cual está determinada por factores biológicos, sociales, económicos y por el tiempo y el medio en el cual se vive (contexto). A su vez, la intersección entre los aspectos físicos, mentales y sociales representa la funcionalidad del anciano (10). En la figura 8 se muestran los diferentes



**Figura 8.** Componentes de la evaluación geriátrica multidimensional.

factores que componen la Evaluación Geriátrica Multidimensional (EGM).

Por otra parte, durante la valoración del anciano se hace necesario individualizar, debido a que el proceso de envejecer y enfermar es único y particular de cada persona, dentro de un amplio rango de variación. Esta es la segunda característica de la evaluación geriátrica. Lo anterior constituye la Comprehensive Geriatric Assessment (EGM, por su sigla en español), un procedimiento diagnóstico interdisciplinario multidimensional que busca determinar las capacidades y cuantificar los problemas funcionales, psicosociales y médicos de un anciano frágil para establecer un plan de tratamiento y seguimiento a largo plazo (11).

La EGM se ha enfocado en especial en ancianos frágiles. La fragilidad es un fenotipo caracterizado por pér-

dida de peso no intencionada, sarcopenia, debilidad y una baja actividad física. Es un síndrome biológico en el cual se presenta una disminución de la reserva fisiológica y de la respuesta a eventos estresantes, que resulta de deterioros acumulados en múltiples sistemas y está asociada con un aumento en la susceptibilidad a desarrollar enfermedad y discapacidad (12). Su prevalencia es de menos del 10% entre ancianos mayores de 65 años que viven en comunidad. Sin embargo, estos tienen un alto riesgo de morir entre los siguientes 3 y 7 años. Debido al incremento de la población de ancianos, en especial de los muy viejos, el número de ancianos frágiles con discapacidad se incrementó en la década pasada y continuará aumentando (13).

Las características propias del anciano impiden aplicar un enfoque unidisciplinario, puesto que se corre el riesgo de perder situaciones y problemas que en determinado momento coadyuvan o potencian otros más pequeños, lo que originaría efectos catastróficos tanto en el anciano como en su familia.

A pesar de tener muchos elementos de la valoración médica usual, la EGM incluye, además, elementos de trabajo social, varias escalas de evaluación funcional tomadas de la rehabilitación y métodos psicométricos derivados de las ciencias sociales, en especial de la psicología (14).

Los principales objetivos de la EGM no solo son los de mejorar la precisión diagnóstica, racionalizar el plan terapéutico propuesto, asegurar el uso apropiado de los servicios de atención en salud, determinar el destino óptimo del anciano y documentar cambios a través del tiempo, sino optimizar la funcionalidad y la calidad de vida (15).

*Mejorar la precisión diagnóstica.* Múltiples estudios muestran cómo la utilización de la EGM permite descubrir enfermedades y situaciones que bien el médico no las buscaba o el anciano no las comentaba por asumir que eran parte del envejecimiento normal. Mediante la EGM se establecen los diagnósticos médicos, funcionales, psicológicos y sociales en ocasiones no reconocidos y potencialmente tratables.

*Racionalizar planes terapéuticos.* Con la EGM se identifican los problemas o situaciones activos e inactivos, para hacer un plan de tratamiento según las prioridades y evitar una situación común con los ancianos, que es la de manejar la más llamativa, que no siempre es la principal, o la que le interesa al equipo de salud por motivaciones académicas o de disponibilidad de tratamiento en el momento.

*Asegurar el uso apropiado de los servicios de atención en salud.* Se reconoce que los mayores usuarios de los servicios de salud, especialmente de los servicios de urgencias y hospitalización, son los ancianos. En ocasiones lo hacen en forma exagerada o sin una causa que lo amerite. Además, el uso inapropiado de los cuidados de larga estancia, los hogares de ancianos y los hospicios también es frecuente, debido a que la familia deposita en el equipo de salud la responsabilidad del cuidado del anciano y olvida un principio fundamental de la atención, según el cual la familia hace parte fundamental del equipo interdisciplinario de atención en salud.

*Determinar el destino óptimo del anciano.* Se insiste en que, mientras sea posible, el anciano debe permanecer en casa. Sin embargo, en ocasiones se requiere



Tabla 3. Componentes de la evaluación geriátrica multidimensional en cuidado paliativo

<b>Esfera física</b>	<b>Esfera mental</b>	<b>Esfera social</b>	<b>Funcionalidad</b>	<b>Contexto</b>
Listado de problemas	Función cognoscitiva	Redes de apoyo	ABC en el aspecto físico	Creencias religiosas
Condiciones comórbidas	Delirium	Soporte formal	AIVD	Seguridad del hogar
Dolor y otros síntomas	Demencia	Soporte informal	Actividad física y ejercicio	Transporte
Severidad de la enfermedad	Depresión	Función familiar	Balance	Medios de comunicación
Medicamentos	Ansiedad	Actividades sociales	Marcha	Cultura
Estado nutricional		Cuidador		
Autopercepción de salud		Recursos económicos		

ABC: Actividades básicas cotidianas. AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria.

su institucionalización en una unidad de larga estancia, en un hogar de ancianos o en un hospicio. Pero una institucionalización cuando no está indicada lleva a un aumento innecesario de los costos de atención, a mayor discapacidad, al rotularlo como paciente sin posibilidad de manejo o recuperación, y a deteriorar su calidad de vida.

*Documentar cambios a través del tiempo.* Siempre se recomienda construir una base de datos que, mediante comparaciones sucesivas del estado del anciano, permita establecer la evolución natural de las enfermedades y la discapacidad, para así realizar un enfoque más de prevención que de tratamiento de las consecuencias.

Se ha encontrado que con la realización de la EGM se logran reducciones importantes de la mortalidad a un año, de las tasas de rehospitalización y del uso inapropiado de hogares de ancianos y hospicios, además de un mejor manejo del dolor y de otros síntomas. También disminuyen los días de hospitalización y el número de medicamentos prescritos, por lo cual se reducen costos

y se mantiene una mejor capacidad funcional y cognoscitiva del anciano durante la estancia hospitalaria (16). De ahí que el objetivo primario del cuidado del anciano sea mejorar su función y reducir el grado de enfermedad. Un adecuado control del dolor y de otros síntomas, así como una visión integral de la persona y la mejoría de su calidad de vida, son los objetivos del manejo de ancianos con enfermedades avanzadas, lo cual, en efecto, es posible alcanzar mediante la realización de la EGM.

### COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN GERIÁTRICA MULTIDIMENSIONAL

En la tabla 3 se nombran las principales áreas incluidas en la EGM, con sus componentes básicos en los ancianos que requieren un manejo de cuidados paliativos (17).

En la esfera física, un pobre control de sus síntomas no solo se traduce en una inadecuada calidad de vida, sino, a menudo, en aislamiento social. En los últimos días de vida, si no hay un adecuado control de los síntomas, el paciente puede perder la oportunidad de

estar rodeado por sus familiares y amigos y la experiencia de una muerte tranquila. Por esta razón, un adecuado manejo del paciente involucra el control del dolor y de otros síntomas relacionados con su patología de base, como náuseas, vómitos, disnea, tos, estreñimiento, obstrucción intestinal y úlceras por presión (18). Al mismo tiempo, la autopercepción del estado de salud es la única manera de obtener información subjetiva en forma global, abierta y simple, usando criterios de salud en general y no de enfermedades específicas. En la mayoría de los estudios realizados desde 1970, la mala autopercepción de salud ha demostrado ser un predictor independiente de mortalidad (19).

Uno de los puntos importantes de la EGM es la evaluación de la capacidad funcional, que se refleja en las mediciones de las Actividades Básicas Cotidianas (ABC) en el aspecto físico y en el instrumental. Las ABC en el aspecto físico incluyen las actividades de autocuidado y supervivencia. Son conductas sensorio-motrices de base, es decir, dependen en forma exclusiva del desarrollo neurológico; por ejemplo, la locomoción y los movimientos para llevar la comida a la boca y masticar. Como son conductas relacionadas consigo mismo, describen el cuidado personal, como alimentarse, caminar y usar el baño. Las ABC en el aspecto físico se valoran mediante la escala de Barhel, que mide 10 actividades con puntajes de 0 a 10 ó 15, según la pregunta. Es una escala ordinal, que otorga puntajes a las opciones de respuesta, de tal manera que a mayor puntaje mejor funcionalidad (el puntaje total de 100 indica independencia completa) (20).

Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) constituyen un punto intermedio entre las ABC en el aspecto físico y el social o avanzado, y, aunque no son

estrictamente jerárquicas, se construyen sobre la base de la independencia en las ABC físicas. El nivel instrumental hace referencia a la ejecución de actividades complejas, necesarias para la vida independiente en comunidad. Implica un nivel de funcionamiento adecuado y acorde con la forma y condiciones de vida de la persona, que resulta de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales, en una compleja organización neuropsicológica que permite la independencia en el entorno inmediato, es decir, la casa, el vecindario y el lugar de trabajo.

Dentro de la valoración de las AIVD se incluyen habilidades perceptivo-motrices, que se refieren a la interpretación de información sensorial para manejarse a sí mismo (salir de casa) y a los objetos del entorno inmediato (manipular llaves). También se evalúan habilidades de procesamiento o elaboración para llevar a cabo procesos o eventos en el ambiente y para planificar y resolver problemas (hacer trabajo liviano y pesado en casa, manejar el dinero propio) y habilidades de comunicación e integración que posibilitan el recibo de información para coordinar el comportamiento propio con las condiciones del medio ambiente inmediato (usar el teléfono, ir de compras) (21).

En lo que respecta a la valoración de la salud psicológica, es importante insistir en la necesidad de hacerla permanentemente, puesto que permite identificar en forma temprana el comienzo de discapacidades que en ocasiones son asumidas como cambios normales al envejecer.

Los parámetros sociales y medioambientales, que deben ser evaluados en forma meticulosa, permiten un acercamiento a la valoración de la calidad de vida de los ancianos.

Una vez obtenida toda la información de cada uno de los componentes de la EGM, se procede a reunir a los diferentes integrantes del Equipo Interdisciplinario (EI) para definir y clasificar los problemas y situaciones del paciente y establecer las estrategias y el plan de manejo y seguimiento. En algunas ocasiones, el paciente debe ser evaluado por un profesional no perteneciente al equipo interdisciplinario y se utilizan las remisiones y las interconsultas, en las cuales se aclara el motivo básico de la remisión.

### EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

El adecuado desarrollo de la EGM requiere un EI. Este debe enfocar al paciente, a la familia y al cuidador, como la unidad de atención, teniendo en cuenta que cada uno enfrentará el proceso de la muerte de diferentes formas, de acuerdo con sus experiencias pasadas, su nivel educativo y sus creencias religiosas y personales (22).

Tradicionalmente, los EI han incluido solo al médico, la enfermera y la trabajadora social. Con el aumento considerable de la formación del recurso humano en rehabilitación en los últimos años, han sido reforzados con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogas, nutricionistas, psicólogos y farmacólogos, además de personal capacitado en gerontología a diferentes niveles y profesionales relacionados con las ciencias de la salud, como arquitectos, abogados y otros voluntarios. Además, es importante la ayuda espiritual, que puede ser suministrada por un sacerdote, un pastor o un clérigo (23).

Existen dos formas fundamentales de trabajo en equipo: el trabajo multidisciplinario y el interdisciplinario.

En el primero, cada miembro representa el punto de vista de una disciplina individual, se hace una evaluación del anciano a través de interconsultas y se emiten conceptos sobre diagnóstico y manejo. Como resultado, se desarrolla un plan de tratamiento específico desde cada disciplina que se evalúa cada cierto tiempo, pero sin tener presente, en muchas ocasiones, la integralidad del paciente. Este es el modelo imperante en la mayoría de los hospitales del país.

En el trabajo en equipo interdisciplinario, la evaluación se hace en forma individual, pero, posteriormente, se discute el caso con todos los integrantes del equipo, de manera que la responsabilidad y la efectividad de los tratamientos son compartidas. A su vez, el secreto del éxito de un equipo interdisciplinario reside en dos elementos fundamentales: la comunicación entre las múltiples disciplinas, que deben conocer qué hacen las otras y, a través del respeto, pero con la capacidad de disentir y opinar sobre las propuestas diagnósticas y terapéuticas de los otros, crear lazos fuertes de interdependencia y apoyo mutuo, que se verán reflejados en las consecuencias de la atención. Por otro lado, debe existir una filosofía centrada en el cuidado del anciano. Cuando un equipo interdisciplinario funciona en forma adecuada, se convierte en una disciplina, en la cual el total siempre es mayor que la suma de sus partes (7).

La EGM es la herramienta más útil para que el equipo interdisciplinario realice las siguientes actividades: valoración de situaciones problemáticas, tamizaje de enfermedades, rehabilitación, ofrecimiento de tratamiento agudo o crónico, reubicación de pacientes, consejería y apoyo, además de educación e investigación.

La EGM generalmente se lleva a cabo en unidades de cuidado agudo, unidades de larga estancia, hospitales día, hospicios y consulta geriátrica especializada y a domicilio. Algunos factores que determinan dónde y a quién debe realizarse son: el nivel de discapacidad y estado cognoscitivo del anciano, nivel de gravedad y complejidad del problema, soporte social existente y accesibilidad de transporte. Dependiendo del sitio y del tipo de paciente, se hará énfasis en algunos de sus componentes. Por lo regular se les practica a mayores de 70 años, con algún tipo de problema complejo y con alguna discapacidad presente. Se han observado mejores resultados en ancianos con necesidad de institucionalización, con múltiples problemas funcionales, un cuidado médico primario inadecuado y pobres redes de apoyo social.

Si la salud del anciano ha empeorado, pero este mantiene su capacidad funcional, puede ser manejado con un modelo de atención convencional. Sin embargo, si tiene una discapacidad nueva o ha empeorado con relación a una anterior, o tiene uno de los grandes síndromes geriátricos, debe realizársele la EGM.

Se utiliza una historia precodificada de fácil manejo para su digitación en una base de datos. Cada uno de los componentes del equipo de salud completa la sección de su disciplina y, en caso de requerirse una valoración más especializada o de mayor profundidad, se utilizan los formatos específicos para cada una de ellas (24).

Como se sabe, uno de los objetivos principales de la EGM es mejorar la precisión diagnóstica. El rango de nuevas situaciones tratables identificadas va de 0,76 a 4. Por lo regular, son condiciones crónicas discapacitantes, como osteoartritis, malnutrición, problemas visuales y auditivos, incontinencia, demencia y depresión.

Asimismo, se debe hacer una combinación cuidadosa de resultados de escalas y mediciones con juicio clínico y considerar todas las posibles interacciones y sinergias entre las situaciones encontradas. No hay que olvidar que siempre se busca identificar los problemas para establecer un tratamiento y organizar el seguimiento del anciano. La EGM es indispensable, en primer lugar, cuando se va a hacer el traslado del paciente de un modelo de atención a otro, como remisión a unidades de larga estancia, institucionalización en un hogar de ancianos o ingreso a un hospicio, o cuando se presenta una nueva discapacidad catastrófica, como una enfermedad cerebrovascular o una fractura de cadera. En segundo lugar, se ha visto que tiene mayor y mejor impacto en medios institucionales que en ambulatorios, probablemente por la cantidad de problemas que tienen los remitidos a centros altamente especializados en el cuidado de ancianos.

Una de los principales obstáculos en la realización de la EGM es el tiempo que toma diligenciarla completamente, en promedio 45 minutos por anciano. En caso de no contar con el tiempo necesario, se recomienda utilizar al menos las secciones relacionadas con la queja básica del anciano y su enfermedad actual. Otra dificultad reside en su alto costo, por el tiempo que debe emplear cada integrante del equipo interdisciplinario.

Para concluir, a pesar de tener defensores y contradictores, la EGM se constituye en el único medio disponible actualmente para tener una aproximación real a la compleja situación de los ancianos, especialmente de los frágiles, ya que permite tener un verdadero enfoque holístico de la vejez y el envejecimiento. Por ejemplo, su aplicación en ancianos con cáncer puede ayudar

a determinar quiénes se benefician de un tratamiento activo contra la enfermedad y quiénes de un manejo conjunto entre el oncólogo clínico y el geriatra. Sin embargo, todavía hay mucho por aprender e investigar en esta área, en particular sobre los ancianos que deben ser valorados en forma habitual mediante el EGM para mejorar su condición de salud (17).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. *Salud de las personas de edad. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma*, Washington, OPS, 1998, CSP25/12.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). *Colombia: proyecciones quinquenales de población por sexo y edad, 1950-2050*, Bogotá, DANE, 1998.
3. Departamento Nacional de Planeación y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Desarrollo Humano-Colombia, 2000*, Bogotá, Departamento Nacional de Planeación, 2001.
4. Neugarten, B. L. *Los significados de la edad*, Barcelona, Herder, 1999.
5. Gómez, J. F.; Curcio, C. L. *Valoración integral de la salud del anciano*, Manizales, Artes Gráficas Tizan, pp. 10-17, 2002.
6. World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care*, Geneva, WHO, 1990.
7. Della Santina, C. H.; Bernstein, R. "Whole-patient assessment, goal planning, and inflection points: their role in achieving quality end-of-life care", *Clin. Geriatr. Med.*, 20: 595-620, 2004.
8. Sutton, L. M.; Demark-Wahnefried, W.; Clipp, E. C. "Management of terminal cancer in elderly patients", *Lancet Oncol.*, 4: 149-157, 2003.
9. Fischberg, D.; Meier, D. E. "Palliative care in hospitals", *Clin. Geriatr. Med.*, 20: 735-751, 2004.
10. Reuben, D. B. "Principles of Geriatric Assessment". In: Hazzard, W.; Blass, J. P.; Alter, J. B.; Ouslander, J. G.; Tinetti, M. E., eds. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*, 5<sup>th</sup> ed., New York, McGraw-Hill, 2003, 99-110.
11. Bernabei, R.; Venturiero, V.; Tarsitani, P., et al. "The comprehensive geriatric assessment: when, where, how", *Crit. Rev. Oncol. Hematol.*, 33: 45-56, 2000.
12. Fried, L. P.; Tangen, C. M.; Walston, J., et al. "Frailty in older adults: evidence for a phenotype", *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, 56: M146-M156, 2001.
13. Bodenheimer, T. "Long-term care for the frail elderly people: the On Look model", *N. Engl. J. Med.*, 341: 1324-1328, 1999.
14. Osterweil, D.; Brummel-Smith, K.; Beck, J. C., eds. *Comprehensive Geriatric Assessment*, New York, N. Y., McGraw-Hill, 2000.
15. Rubenstein, L. Z. "An overview of comprehensive geriatric assessment: rationale, history, program models, basic components". In: Rubenstein, L. Z.; Wieland, D.; Bernabei, R., eds. *Geriatric Assessment Technology*, The State of the Art, New York, N. Y., Springer, 1995.
16. Nikolaus, T.; Specht-Leible, N.; Bach, M., et al. "A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patient", *Age Ageing*, 28: 543-550, 2001.
17. Wieland, D.; Hirth, V. "Comprehensive Geriatric Assessment", *Cancer Control*, 10: 454-462, 2003.
18. Brown, J. A.; Von Roenn, J. H. "Symptom management in the older adult", *Clin. Geriatr. Med.*, 20: 621-640, 2004.
19. Gómez, J. F.; Curcio, C. L. *Valoración integral de la salud del anciano*, Manizales, Artes Gráficas Tizan, 2002, pp. 226-240.
20. Mahoney, F.; Barthel, D. W. "Functional evaluation: the Barthel index", *Md. State Med. J.*, 14: 61-65, 1965.
21. Lawton, M. P.; Brody, E. M. "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living", *Gerontologist*, 9: 179-186, 1969.
22. Wieland, D.; Kramer, B. J.; Waite, M. S., et al. "The interdisciplinary team in geriatrics", *Am. Behav. Sci.*, 39: 655-664, 1996.
23. Lo, B. "Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians", *JAMA*, 287: 749-754, 2002.
24. Applegate, W. B. "The medical evaluation". In: Rubenstein, L. Z.; Wieland, D.; Bernabei, R., eds. *Geriatric Assessment Technology*, The State of the Art, New York, N. Y., Springer, 1995.